



ISTITUTO COMPRENSIVO DI GAVARDO

VIA DOSSOLO, 41 - 25085 - GAVARDO - BS

Tel 0365 32012 - 0365 31166 - Fax 0365 375663 - Sito Web: www.icsgavardo.gov.it

E-MAIL bsic87400v@istruzione.it - Posta certificata: bsic87400v@pec.istruzione.it CF 96030340176

Gavardo, 15 ottobre 2018
 AI GENITORI DEGLI ALUNNI
 DELLE SCUOLE PRIMARIE ISTITUTO COMPRENSIVO di GAVARDO

OGGETTO: ASSICURAZIONE ALUNNI ED EVENTUALE CONTRIBUTO VOLONTARIO - ANNO SCOLASTICO 2018-19 – **SCUOLA PRIMARIA**

Come ogni anno si ripresenta il doveroso impegno di dare agli alunni delle scuole primaria e secondaria statali una giusta copertura assicurativa.

Il Consiglio di Istituto ha deliberato di stipulare la polizza assicurativa con la compagnia Assicuratrice Milanese s.p.a mantenendo lo stesso premio dell'anno scolastico precedente pari a **€. 8,00**.

Per consentire allo scrivente Ufficio la copertura assicurativa entro i termini di scadenza del precedente contratto, si prega di restituire il modulo di adesione compilato in ogni sua parte, con la relativa somma, entro **23 ottobre 2018**.

La polizza completa è consultabile per chi lo desiderasse, sul sito istituzionale dell'Istituto Comprensivo (www.icsgavardo.gov.it). Si segnala che la mancata sottoscrizione dell'assicurazione, potrebbe non consentire la partecipazione degli alunni ad alcune attività, quali viaggi d'istruzione, uscite didattiche, manifestazioni sportive e non, giochi della gioventù.

Il Consiglio di Istituto ha inoltre deliberato **€ 2,00** quale eventuale contributo volontario da parte delle famiglie per spese di funzionamento dell'Istituto.

Per il pagamento il genitore può optare far le seguenti soluzioni:

1. Bonifico bancario sul conto IBAN **IT9810359901800000000137779** Causale: premio assicurativo 18-19 e contributo volontario *Cognome - Nome alunno - plesso di scuola* e restituzione del tagliando alla docente coordinatrice di classe
2. Consegna tagliando e soldi presso gli uffici della segreteria dal lunedì al sabato dalle ore 8 alle ore 10.

La Dirigente Scolastica
 Maurizia Di Marzio

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
 ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2, D. Lgs. n. 39/1993)

✂ =====

TAGLIANDO DA RESTITUIRE COMPILATO ALLA SCUOLA ENTRO MARTEDI 23 OTTOBRE 2018

ASSICURAZIONE ALUNNI ED EVENTUALE CONTRIBUTO VOLONTARIO

I sottoscritti genitori dell'alunno/a _____ frequentante la
 classe _____ sez. _____ del plesso di _____ nell'A.S. **2018-19**

- INTENDONO: **NON ADERIRE ALL'ASSICURAZIONE**
 ADERIRE ALL'ASSICURAZIONE (€ 8,00)
 ADERIRE ALL'ASSICURAZIONE + CONTRIBUTO VOLONTARIO (€ 10,00)

data _____ FIRMA dei genitori _____